ausschließlich zu zusenden
über Ortsvorsitzende(n) oder Vertreter(in)

LANDESVERBAND BRANDENBURG E.V.
BSBD Gewerkschaft Strafvollzug

z. H.
Vorstand Landesverband Brandenburg

Geschaeftsstelle@bsbd-brb.de

Fax: 03212 - 5577108

Dienststelle:

Datum:

Anmeldung mit Zustimmung zur Datenübermittlung
zu einer Veranstaltungen der dbb - akademie

Betreff: Veranstaltung der dbb - akademie: _____ (Bitte Seminarnummer eintragen!)

vom: _____ bis: _____ in: _____

- Bitte in Druckschrift ausfüllen -

Wir melden hiermit folgendes Mitglied zur Teilnahme an:

_____ Name, Vorname	_____ Dienstbezeichnung
_____ Straße / Hausnummer	_____ Tel: privat
_____ PLZ / Wohnort	_____ Tel: dienstlich
_____ Geburtsdatum	_____ E - Mail - Adresse
_____ Funktion im Verband / Gewerkschaft	_____ Mitglied des BSBD seit:

Erfolgte in den letzten Jahren eine Teilnahme an Veranstaltungen der DBB - Akademie? ja / nein

Wenn ja: In welchem Jahr erfolgte die letzte Teilnahme an einer derartigen Veranstaltung?

_____
Jahr / Seminarbezeichnung

Der Datenübermittlung an dbb akademie stimme ich zu.

_____
Datum / Unterschrift des Mitgliedes

Wird durch den Landesverband ausgefüllt

Bearbeitungsvermerk:
Verband / Gewerkschaft